

Eugenia Scarzanella

La infancia latinoamericana y la Sociedad de las Naciones: derechos, salud y bienestar

En Ginebra, en la primera asamblea de la Sociedad de las Naciones (SN), el 18 de diciembre de 1920, se decidió que la nueva organización internacional se ocupara de la causa humanitaria de los niños afectados por la guerra.¹ En 1925 el secretario se hizo cargo de las tareas que hasta ese momento había desempeñado la Association Internationale pour la Protection de l'Enfance (AIPE), la cual había surgido por iniciativa del gobierno belga en 1921. A propuesta del delegado chileno Valdés-Mandeville, la asamblea votó, haciéndola propia, la Declaración de Ginebra, el primer documento internacional sobre los derechos de los niños redactado por la organización creada por Eglantyne Jebb, la Union Internationale des Secours aux Enfants (UISE) (o Save the Children).² En el mismo año de 1925 la SN creó una Commission Consultative de la Traite des Femmes et de la Protection de l'Enfance dividida al año siguiente en dos comités paralelos: Comité de la Traite des Femmes et des Enfants y Comité pour la Protection de l'Enfance (CPE).

También se ocupaban de la infancia otros comités y organizaciones de la misma Sociedad instituidos para afrontar cuestiones sanitarias, laborales y de cooperación cultural. Especialmente el Comité de Hygiène (CHSN) de la Organisation d'Hygiène de la Société des Na-

1 Una versión preliminar de este trabajo fue publicada en *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 14 (2003) 2.

2 La Declaración de Ginebra constaba de cinco puntos: 1. El niño debe ser puesto en condiciones de realizar normalmente su desarrollo físico y espiritual. 2. El niño que tiene hambre debe ser alimentado, el niño enfermo debe ser asistido; el niño retrasado en su educación debe ser alentado a proseguirla; el niño desviado de la buena senda debe ser vuelto a ella; el huérfano y el abandonado deben ser recogidos y socorridos. 3. El niño debe ser el primero en recibir socorros en toda ocasión de calamidad pública. 4. El niño debe ser puesto en condiciones de ganar la subsistencia y ser protegido contra toda clase de explotación. 5. El niño debe ser educado inculcándole el sentimiento del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio de sus hermanos.

tions (OHSN) se adjudicó el tema apremiante de la mortalidad infantil.³

El intento de coordinar las actividades existentes, públicas y privadas, de tutela de la infancia colocándolas bajo la égida de una organización única fue el fruto de las preocupaciones generadas por las graves consecuencias demográficas de la guerra y del interés de las naciones en tutelar su “capital humano”. La SN trató de conferir un auténtico carácter internacional a su acción en el campo de la protección de la infancia, invitando a colaborar en sus trabajos a representantes de países no europeos y fomentando investigaciones y misiones científicas de sus expertos en Asia y América Latina.

Por lo que se refiere a esta región, la SN podía contar con una tradición ya consolidada de estudios e iniciativas en este campo. Desde fines del siglo XIX los expertos latinoamericanos habían estudiado en universidades e instituciones médicas europeas, participado en los primeros congresos sobre la protección de la infancia y se habían adherido a las asociaciones internacionales antes mencionadas.

En 1916 y 1919 se habían celebrado dos Congresos Americanos del Niño en Buenos Aires y Montevideo respectivamente, en los que habían participado feministas, reformadores sociales y médicos. Países como Argentina y Uruguay habían creado además consultorios para lactantes, divisiones de maternidad en los hospitales, institutos de asistencia para niños abandonados, etc. (Coni 1921). En un primer tiempo, los gobiernos y los estudiosos latinoamericanos habían tenido como principal fuente de inspiración Europa. Luego, a partir de la primera década del siglo XX, también se habían inspirado en la experiencia de los Estados Unidos (Lenroot 1939). Este país había creado en 1912 una institución pública modelo, el Children's Bureau (USCB), y podía brindar su colaboración a los países sudamericanos en el sector de la sanidad materno-infantil a través del Pan American Sanitary Bureau (PASB).⁴

Aun sin adherir al pacto constitutivo de la SN, los Estados Unidos dieron a conocer a los otros países su modelo de tutela de la infancia e influyeron significativamente en la agenda de trabajos del Comité

3 La OHSN estaba formada por un Consejo, un Comité de Higiene y un Secretariado (David 2000: 301-302).

4 Kish Sklar (1993); Birn (2002). En realidad, el PASB no se ocupó de la salud materno-infantil como hubieran querido los países latinoamericanos.

pour la Protection de l'Enfance (CPE) a través de la American Red Cross (ARC), la Rockefeller Foundation (RF)⁵ y la participación de representantes y expertos de la USCB en los órganos técnicos de la Sociedad.

Para los Estados Unidos, tal como para las potencias europeas, la filantropía y la cooperación en el campo social podían constituir un componente importante de la actividad diplomática y uno de los instrumentos a través de los cuales establecer relaciones preferenciales (y de influencia) con otros Estados.

Para los países de América Latina, intentar ser autónomos con respecto a los Estados Unidos significaba mantenerse relacionados con Europa. Miraban tanto a Washington como a Ginebra, tratando de sacar las mayores ventajas posibles de la competencia entre el internacionalismo y el panamericanismo en cuestiones humanitarias.⁶

El CPE no dedicó una atención específica a los problemas de los niños latinoamericanos, aunque la delegada uruguaya Paulina Luisi, única representante latinoamericana entre 1926 y 1933, a menudo se empeñó en proponer un punto de vista regional.⁷

El CHSN, en cambio, contó desde 1927 con la presencia en su seno de dos importantes estudiosos y dirigentes sanitarios latinoamericanos: el doctor Carlos Chagas, que en Brasil había llevado adelante importantes estudios sobre las enfermedades tropicales y la lepra, y el doctor Gregorio Aráoz Alfaro, eminente pediatra argentino y director del Consejo Nacional de Higiene de su país. Además, el director médico del CHSN, el polaco Ludwik Witold Rajchman, se comprometió personalmente en el desarrollo de la colaboración científica con las instituciones sanitarias latinoamericanas y en la creación de centros de estudio en ultramar bajo la égida de la SN, compitiendo con el PASB. A raíz de una propuesta de Aráoz Alfaro, Rajchman también proyectó constituir un Instituto Internacional de Puericultura de la SN, con sede

5 Ya durante la guerra ambas organizaciones habían introducido en Europa y particularmente en Francia el modelo estadounidense de tutela de la salud materno-infantil (Klaus 1993: 260-263).

6 La filantropía estadounidense servía para equilibrar los sentimientos adversos a los Estados Unidos de algunos sectores de la opinión pública latinoamericana (Abel 1995: 374).

7 Paulina Luisi, primera médica de Uruguay, fundó en 1916 el Consejo Nacional de Mujeres Uruguayas (Lavrín 1995: 216-219).

en Buenos Aires. Sin embargo, por razones financieras y organizativas esta institución no llegó a crearse.

En el segundo Congreso Americano del Niño (1919), otro médico pionero de la salud y tutela de la infancia en América Latina, el uruguayo Luis Morquio, había propuesto crear a nivel regional un organismo semejante al futuro CPE de la SN. Este proyecto sí se concretó, pero sólo en 1927 con la creación del Instituto Interamericano de Protección de la Infancia (IUPI).⁸ La inauguración de este instituto, con sede en Montevideo, coincidió con la primera conferencia de la SN en Sudamérica, que fue organizada en la capital uruguaya por el CHSN y cuyo tema fue la mortalidad infantil.

A partir de ese momento, entre la SN y el IUPI, que se integró como asesor en el CPE, se desarrolló una efectiva colaboración. Al mismo tiempo, el IUPI mantuvo un estrecho contacto con la Unión Panamericana, a través de los Congresos Panamericanos del Niño, que se celebraron a continuación de los dos primeros en los años 1922, 1924, 1927, 1930, 1935 y 1942 (Guy 1998; Guy s.a.).

Después de la Segunda Guerra Mundial, el IUPI pasó a ser parte integrante de la Organización de los Estados Americanos, pero entre 1927 y 1939 había actuado como puente entre el continente americano, incluidos los Estados Unidos, y las instituciones de Ginebra.

Entre 1926 y 1933 había muchos temas en discusión en Ginebra: desde la puericultura hasta el derecho, pasando por la educación y la asistencia social. Sobre todo fueron las condiciones de la Europa de entreguerras las que dictaron las prioridades al elegir qué problemas poner en el orden del día. Mortalidad infantil y desnutrición habían llegado a ser, por ejemplo, por la hecatombe bélica, un problema urgente en los países europeos, mientras que los problemas jurídicos, como la obligación de asistencia y repatriación de menores, eran consecuencia de los desplazamientos internos de población que se producían al mismo tiempo. También el problema de la tutela de las madres trabajadoras, de los subsidios familiares y del desempleo juvenil reflejaban la realidad de un mundo urbano e industrializado atravesado después de 1929 por los efectos de la crisis. Por último, la preocupa-

⁸ Se adherieron al IUPI Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Perú, Uruguay y Venezuela. Gregorio Aráoz Alfaro y Luis Morquio fueron nombrados presidente y director del Instituto respectivamente.

ción por el papel del Estado no sólo en el campo de la educación, sino también en el de la salud, de la organización del tiempo libre y del deporte eran fruto del desarrollo del bienestar en Europa, tanto en los estados liberales como en los totalitarios.

Naturalmente, estas cuestiones no eran ajenas a América Latina, pero allí solían asumir un valor diferente. Se puede plantear la hipótesis de que el tinte eurocéntrico, las dificultades financieras y organizativas de la Sociedad y, por último, la escasa presencia de delegados de países de América Latina dificultaron el surgimiento de una discusión profunda y de estudios importantes sobre la infancia latinoamericana en el seno de la SN. Se puede suponer que una institución de dimensión regional como el IUPI, por el contrario, podía desarrollar mejor un trabajo de documentación e investigación específico en el subcontinente. En las páginas que siguen intento verificar estas hipótesis.

1. El CPE: derechos y bienestar infantil

Entre 1926 y 1936, además del representante del IUPI, había un solo delegado latinoamericano en el CPE, la doctora Paulina Luisi de Uruguay. En 1934 el número de representantes de los Estados aumentó de 10 a 15 y de esta manera ingresó un delegado de Chile. Por último, con la creación en 1937 de la Commission Consultative des Questions Sociales (CQS), que también se hizo cargo de las tareas del anterior CPE, fueron nombrados otros dos representantes latinoamericanos, uno de Argentina y uno de México.

Para comprender la escasa presencia de los Estados latinoamericanos en el CPE hay que remontarse a la cuestión más general de su participación en la política ginebrina. A pesar de la entusiasta adhesión inicial a la Sociedad, surgieron algunos problemas. El hecho de que los Estados Unidos no ratificaran el tratado empujó a algunos países (en particular a los de Centroamérica) a distanciarse de Ginebra. Se criticó que en el artículo 21 del Pacto, se reconocía la validez de la Doctrina Monroe, y Argentina puso en tela de juicio las normas que según su opinión violaban el principio de igualdad entre los Estados participantes. Pero ya fuera como miembros iniciales, como invitados o con adhesiones posteriores (la más tardía fue la de México en 1931), todos los países latinoamericanos entraron en la Sociedad.

Pero hacia fines de los años veinte ya se había desvanecido el entusiasmo inicial. A partir de ese momento, el panamericanismo propuesto por Washington como alternativa al multilateralismo de la Liga comenzó a hacer brecha en los países del continente, de modo que se sucedieron los retiros, y en vísperas de la Segunda Guerra Mundial sólo seguían siendo miembros diez países: Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Haití, México, Panamá y Uruguay.

Pero volvamos a los trabajos del CPE. Los asuntos de los que habría debido ocuparse el CPE eran muchos: desde la salud de la primera infancia hasta el trabajo, los subsidios familiares, el cine, el tiempo libre, la educación biológica, la niñez abandonada y delincuente, el alcoholismo, la educación, etc. Enseguida surgieron dudas sobre la oportunidad de un radio de acción tan vasto. Emergieron conflictos de competencia con otros organismos de la SN, por ejemplo en cuanto al tema de la recreación o los subsidios familiares, que eran ya objeto de estudio por parte del Bureau International du Travail (BIT).⁹ Hubo incluso resistencias por parte de algunos Estados poco dispuestos a someter a acuerdos internacionales cuestiones en las que entraban en juego no sólo la homogeneidad técnica de las distintas legislaciones, sino valores culturales y diferentes concepciones del papel de la familia frente a la autoridad del Estado. En 1933 se empezó a estudiar una reorganización de la comisión asesora para que fuera más representativa (con el ingreso de nuevos países) y para transformarla en centro de acción, estudio y documentación.

En 1937, por último, el CPE fue englobado en la nueva Commission Consultative des Questions Sociales (CQS). Los miembros pasaron de 15 (Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Chile, España, Francia, India, Italia, Japón, Polonia, Bélgica, Dinamarca, Rumania, Turquía y Uruguay) a 21, y la participación en la Comisión se reservó sólo a los representantes gubernamentales eliminando los llamados asesores, representantes de organizaciones no gubernamentales, como el IIPi.

9 También existían superposiciones con las competencias del CHSN (alcoholismo y ceguera), de la Commission Pénitenciaire Internationale (tribunales de menores) y el Institut International de Cinematographie Educative (los niños y el cine).

Tras todos estos cambios y reconsideraciones había distintos modos de concebir el papel de la SN en este campo: por un lado, estaban los gobiernos que, como el británico, inicialmente habían querido relegar el tema de la infancia a un segundo plano en las relaciones internacionales; por el otro, había expertos que presionaban para ampliar las temáticas del CPE desplazando el énfasis del análisis jurídico al estudio de los problemas sociales. Entre los expertos cupo un papel significativo a las mujeres, en particular, a las estadounidenses Grace Abbott y Julia Lathrop, respaldadas por la secretaria del CPE Rachel Crowdy (Miller 1992: 171-175), la inglesa Eleanor Rathbone y la uruguaya Paulina Luisi.¹⁰

El balance de la actividad del CPE indica que, pese a las ambiciones iniciales, actuó principalmente para discutir y documentar cuestiones (preferentemente de orden jurídico) relacionadas con los niños “marginales” (abandonados, ilegítimos, delincuentes). De esta manera se siguió en la misma dirección que habían dado al asunto las organizaciones no gubernamentales de fines del siglo XIX y principios del siguiente. Sin embargo, temas nuevos como los subsidios familiares y la nutrición, abrieron nuevos espacios a la intervención social y a la ideología del “whole child”, que provenía de la USCB y de sus representantes en el Comité (Miller 1995: 164-165).

¿Cuál fue el aporte de los delegados latinoamericanos al debate desarrollado en el Comité? ¿Cuáles de los temas tratados por el CPE resultaron de particular importancia para América Latina?

Por lo que se refiere a la primera cuestión, un papel destacado lo desempeñó la delegada uruguaya, Paulina Luisi. Era médica y feminista, y se mostró muy activa y polémica también en los trabajos del comité paralelo sobre la trata de blancas (Scarzanella 2000). En 1925 la delegada uruguaya propuso que la comisión asesora reuniese informaciones acerca de la legislación existente en distintos países sobre la edad del consentimiento al matrimonio. La cuestión tenía a su parecer doble importancia. Un límite de edad demasiado bajo impedía aplicar penas severas a los que se manchaban del delito de la trata (la edad del matrimonio servía de hecho como base para fijar el límite de irrespon-

10 Las Comisiones Consultivas sobre Cuestiones Sociales fueron las únicas en el ámbito de la SN que tuvieron una representación femenina igual a la masculina. Se trató además de una representación con competencias en el campo de las políticas de bienestar, en tanto que los hombres eran en su mayoría diplomáticos.

sabilidad de la víctima en tales delitos). En segundo lugar, los matrimonios precoces significaban embarazos precoces con graves riesgos para las madres y los hijos.

Gracias al apoyo de las asociaciones femeninas, Luisi consiguió que se enviara un cuestionario a los gobiernos, pero no que las legislaciones de los distintos países fueran unificadas (por otra parte, era fuerte la oposición de países como India y China a discutir cuestiones que se consideraban estrechamente relacionadas con valores culturales y que hacían alarde a este propósito de una abierta hostilidad hacia un supuesto imperialismo cultural de Occidente). Sin embargo, algunos países modificaron su legislación y entre éstos estaba justamente Uruguay, que en 1934 levantó el límite del consentimiento de los 12 a los 16 años (Luisi 1948: 211-215).

Otro tema que Luisi puso en el tapete era el de la así llamada educación biológica. Quería que el CPE estudiara la cuestión y recomendara a los gobiernos que la introdujeran en las escuelas. Pero la estrecha relación que muchos gobiernos establecían entre educación sexual y difusión de métodos de control de la natalidad condujo inevitablemente a que el CPE quitara casi inmediatamente el tema de su programa de trabajo y destinara la suma que la American Association for Social Hygiene había ofrecido para el estudio de la cuestión a un tema menos controvertido: el de los sistemas de protección de los menores en “peligro moral” o delincuentes.

La edad del consentimiento y la educación biológica eran temas de la agenda feminista de Luisi, pero al mismo tiempo también tenían una valencia específica para los países latinoamericanos, donde eran frecuentes los matrimonios precoces, corriente la trata de mujeres y altísimas la natalidad y la ilegitimidad. Luisi insistió muchas veces en el punto de vista “latinoamericano” también en otros campos. Por ejemplo, trató de que se ampliara la representación de los países de inmigración en el Comité que debía estudiar los dos proyectos de convención elaborados por el CPE acerca de la asistencia a los menores extranjeros y la ejecución de las sentencias sobre las obligaciones de alimentación en el extranjero, sosteniendo que de lo contrario existía el riesgo de que la cuestión se convirtiese en “asunto de un solo continente”.¹¹

11 CPE, 7a sesión, 14-20 abril de 1931. Cfr. *CPE Papers*, C.297.M.139.1931.

Los datos reunidos por el CPE, como centro de documentación, ponen en evidencia la imagen de una América Latina contradictoria: atrasada en algunos sectores y avanzada en otros. En el plano jurídico, este fenómeno queda bien ilustrado por una reseña de leyes sobre los niños ilegítimos y sobre los tribunales y los códigos de los menores.

La cuestión de la situación legal del niño ilegítimo fue examinada a partir de 1927 en varias sesiones del CPE y dio origen a diversas investigaciones sobre las medidas existentes en distintos países, publicadas en un volumen en 1938.¹² Por lo que se refiere a los menores delincuentes, disponemos de un estudio de la SN de 1934.¹³

Los países de América Latina basaban su legislación en el Código de Napoleón, que prohibía la investigación de la paternidad y restringía los derechos hereditarios de los hijos naturales. La tasa de ilegitimidad era mucho más alta que en Europa: 30% de todos los nacimientos en Argentina, Costa Rica, Uruguay, hasta 40% en Chile, hasta 50% en Cuba, 60% en Guatemala, Salvador y Venezuela (mientras que en Francia e Italia oscilaba entre el 5 y el 10%).

Puesto que los datos estadísticos indicaban que entre los niños ilegítimos la mortalidad era más alta, las recomendaciones de la SN para mejorar la protección jurídica de éstos se vinculaban directamente con la simultánea batalla contra la mortalidad infantil. Pero resultó difícil hacer mella en una praxis jurídica que tutelaba exclusivamente a los hijos nacidos en el seno del matrimonio.

Si sobre el asunto de los ilegítimos prevaleció la tradición jurídica europea, acerca de la cuestión de los menores delincuentes se hizo sentir, por el contrario, la influencia de Estado Unidos. Este país, que desde 1899 había creado tribunales de menores, constituyó, de hecho, la fuente de inspiración para casi todas las legislaciones adoptadas en este sector en América Latina a partir de los años veinte. La idea que acogieron los estudiosos y políticos sudamericanos era que los intereses del menor debían prevalecer sobre los de los padres, y que el Esta-

12 League of Nations, Advisory Committee on Social Questions: *Study on the Legal Position of the Illegitimate Child*, C.70.M.24., 1939, IV (Series LoN Publications, IV Social Questions, 1939, IV, 6).

13 League of Nations, Child Welfare Committee: *Institution for Erring and Delinquent Minors*, C.1.M.1, 1934, IV (Series LoN Publications, IV social, 1934, IV, 1).

do debía garantizar la tutela de dichos intereses.¹⁴ Los países que entre las dos guerras crearon instituciones específicas (no sólo tribunales, sino también centros de detención y reeducación) para menores delincuentes fueron: Argentina en 1919, Colombia en 1920, Perú en 1924, México en 1926, Brasil en 1926 y Chile en 1929.

América Latina fue además un área en que se experimentó la definición de un estatuto del niño a través de la promulgación de códigos *ad hoc*: el primero fue el Código del Niño de Uruguay (1934). En este campo, el estímulo vino de los Congresos Panamericanos del Niño, que se celebraron a partir de los años treinta. También Brasil y Perú reordenaron y armonizaron la legislación sobre menores. Además de promulgar tales códigos, algunos países incorporaron en sus constituciones artículos sobre las obligaciones del Estado para con la infancia (Bolivia, Brasil, Cuba, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Uruguay). Por último, algunos países adoptaron leyes de seguro social y liberalizaron el sistema de adopción (por ejemplo, Uruguay).

En ningún país fue fácil centralizar los servicios de protección a la infancia. A diferencia de la USCB norteamericana, que al nacer no tuvo que competir con burocracias sanitarias preexistentes (Klaus 1993: 209), en América Latina la situación era más complicada. Los diversos ministerios entre los que se distribuían las competencias sobre la infancia (en primer término los de educación, a los que se fueron añadiendo durante los años veinte los de salud, trabajo y bienestar social), obstaculizaban la constitución de departamentos autónomos.

La batalla conducida por algunos médicos aislados, como el argentino Gregorio Aráoz Alfaro o el uruguayo Luis Morquio, para coordinar y racionalizar las actividades públicas y privadas para la infancia, tuvo éxito sólo a fines de los años treinta. El primer país en crear un Consejo del Niño fue Uruguay (1934), que paralelamente creó un Ministerio de Protección a la Infancia. Entre 1936 y 1940 siguieron su ejemplo Argentina, Venezuela, Bolivia, Costa Rica, Chile y Brasil.¹⁵ Pero los nuevos organismos estatales, vieron la luz gene-

14 Los tribunales de menores habían sido objeto de congresos internacionales en París en 1911, en Bruselas en 1913 y nuevamente en Bruselas en 1921.

15 En 1936 Argentina creó una Dirección de Maternidad e Infancia. La siguieron Venezuela (Dirección Nacional de Puericultura), Bolivia (Patronato Nacional de Menores), México (Departamento de Asistencia Social Infantil), Costa Rica (Sección Maternidad de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social)

ralmente en el cuadro de una ideología conservadora y corporativa, muy lejos de los ideales liberales y reformistas de los primeros propugnadores de la responsabilidad del Estado hacia las nuevas generaciones. En diversos países comenzaron a celebrarse el Día de la Madre y el del Niño o la Semana del Niño, y se instituyeron concursos y premios para el “niño sano”: en la liturgia de la nación las madres y los niños fueron elevados a nuevos símbolos de la patria.

El CPE no trató, salvo marginalmente, el tema de la eugenesia. Entre las dos guerras, la ciencia de Galton asumió, en cambio, una creciente importancia en el debate sobre la salud y la higiene popular, y marcó de manera diversa las políticas demográficas de muchos países. Diferente fue la actitud de la Unión Panamericana, que creó una Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura, y convocó Conferencias Panamericanas sobre la cuestión,¹⁶ en las que se examinaron también los aspectos de la eugenesia “negativa” (esterilización) además de los de la eugenesia “positiva” (como la higiene materno-infantil). Estos últimos aspectos asoman en los estudios de la SN y del IUPI sobre la mortalidad infantil. Pero tanto en Ginebra como en Montevideo se evitó discutir tanto de esterilización como de selección racial. Entre 1935 y 1937 Guatemala, Ecuador y Argentina introdujeron en su legislación el examen prenupcial como medida eugenética, pero por suerte ningún país siguió el ejemplo de los Estados Unidos en materia de esterilización.

2. El Comité d’Hygiène de la Sociedad de las Naciones y el estudio sobre la mortalidad infantil

El Comité d’Hygiène de la SN había comenzado a estudiar las causas de la mortalidad infantil en base a una resolución adoptada por la Asamblea Permanente en septiembre de 1925. En primer lugar se convocó una pequeña conferencia de especialistas en septiembre de 1926, que recomendó estudios internacionales comparativos en algu-

en 1937, Paraguay en 1939 (Departamento de Defensa del Niño), Chile en 1940-1942 (Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia) y Brasil en 1940 (Departamento Nacional de Criança). También en Nicaragua y Cuba existían comisiones protectoras y patronatos. Para un panorama de las instituciones dedicadas a la tutela de la maternidad y la infancia existentes en 1938 ver Oficina Sanitaria Panamericana (1939: 895-899).

16 En 1927 (La Habana), en 1935 (Buenos Aires) y en 1938 (Bogotá).

nos países europeos (Alemania, Austria, Gran Bretaña, Francia, Noruega, Países Bajos). A pedido de los miembros latinoamericanos, el CHSN decidió extender el estudio también a algunos países de América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay).¹⁷

Dado el problema de las pérdidas demográficas debidas a la Gran Guerra, la cuestión principal para los países europeos era identificar los factores hereditarios y sociales de la mortalidad infantil (miseria y *surménage* de las madres, falta de asistencia en el momento del parto y a los recién nacidos). También en América Latina una de las primeras preocupaciones de los médicos higienistas era la mortalidad infantil, y en los Estados Unidos la USCB ya había dedicado al problema sus primeros estudios. Existía, por tanto, un amplio consenso entre los principales expertos del continente sobre la absoluta prioridad de someter la materia a un estudio científico comparativo.

La *Conférence des Experts Hygienistes en Matière de Protection de la Première Enfance*, que se inauguró en Montevideo en 1927, era la primera conferencia de la SN en América Latina y servía, por lo tanto, también para promover la organización del otro lado del océano y mostrar su utilidad a países todavía inseguros y escépticos con respecto a su adhesión. El gobierno de Uruguay dio mucha importancia a la reunión, la cual contó con la presencia de los dos máximos dirigentes de la OHSN: el presidente, el danés Thorval Madsen, y el director médico, el polaco Ludwik Witold Rajchman. Los oficios de anfitrión estuvieron a cargo del doctor Luis Morquio, experto en medicina infantil. Mientras se celebraba la conferencia (7 a 11 de junio) se inauguró el Instituto Interamericano de Protección a la Infancia (9 de junio). En Montevideo se estableció que el estudio sobre la mortalidad infantil se llevaría a cabo al año siguiente en cuatro países: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Se identificaron para cada país los distritos urbanos y rurales donde se recogerían las informaciones, selección que se realizó “on account of the particular ethnical character of the inhabitants and the sanitary and medical organization and the condi-

17 “Conferencia sobre mortalidad infantil, patrocinada por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones”. En: *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia* (citado en adelante como BIIAPI), 1, 1 (julio de 1927: 116-121).

tions in the provinces chosen".¹⁸ Se decidió, en cambio, aplazar el estudio previsto en otros dos países: los representantes de Bolivia, el doctor León Velazco Blanco, y de Paraguay, el profesor Andrés Gubetich, consideraron que para sus países era demasiado difícil recoger datos estadísticos de buena fuente.¹⁹

Como lógica evolución del encuentro de Montevideo se proyectó crear un Centro para la Puericultura con sede en Buenos Aires (la idea era del médico argentino Aráoz Alfaro y contaba con apoyo de su gobierno). Este centro debía constituir una escuela internacional, auspiciada por la SN, para combatir la mortalidad infantil entre la población rural e inmigratoria. Debía formar personal médico y sanitario, y organizar centros rurales en las distintas provincias que estarían abiertos a los médicos de todos los países latinoamericanos. Sin embargo, ya al año siguiente el proyecto fue aplazado y nunca llegó a concretarse por falta de recursos.²⁰

Además de la participación en el Congreso sobre la Mortalidad Infantil y de los contactos con las autoridades sanitarias de los distintos países, el viaje de Madsen y Rajchman se combinaba también con el tour del primer profesor de intercambio puesto a disposición por la SN para dar conferencias en América Latina. Se trataba del profesor Tadasu Saiki de Tokio, experto en nutrición. También este tema se vinculaba con la lucha contra la mortalidad infantil, porque la desnutrición (de madres y niños) se consideraba uno de los principales factores de mortalidad.

18 League of Nations: *Health Organisation. Report on the Meeting of Health Experts on Infant Welfare on the Technical Mission in Argentine, Brazil and Uruguay*, A. 49, 1927, III (Publications of LoN, III Health, 1927, II, 8).

19 En Paraguay se desarrollaba una campaña sanitaria de la Rockefeller Foundation, que actuaba también en el campo de la infancia.

20 Cfr. League of Nations: *Results of the Mission carried on in Certain Latin-American Countries by the President of the Health Committee*, Publications of the LoN, III, Health 1927, III, 9. Véanse los documentos sobre el asunto en League of Nations Archives (citado en adelante como LoN-Archives), Registry Files, 1919-1927, section 12B, box 997, document 60077 y 1927-1933, box 6004, document 2468. Durante la misión de Madsen y Rajchman se proyectaron además del centro de puericultura también un estudio sobre la lepra (propuesto por el brasileño Chagas) en Brasil, la creación de un centro de la lepra y una escuela superior de higiene pública ("advanced public health training"), también en Brasil. La única iniciativa que la SN consiguió llevar a cabo fue el Centro de la Lepra de Río.

Al regresar de su viaje por América Latina, donde había hecho muchos contactos y encaminado muchos proyectos de colaboración, Madsen escribió al secretario general de la SN Drummond que la elección del tema de la mortalidad infantil como primer “constructive effort” en América Latina se había revelado justa, porque representaba un problema real para las administraciones sanitarias y para la opinión pública de esos países. Sin embargo, para que la colaboración técnica se hiciese realidad hacía falta, según Madsen, que la SN se mostrara capaz de “efficient and business-like activity” y naturalmente esto exigía un mayor esfuerzo financiero.²¹ Tras la conferencia, el CHSN envió al doctor Otto Olsen a América Latina para colaborar en la preparación del estudio (1927-1928).²²

En 1930 (13 a 15 de julio) tuvo lugar en Lima una segunda *Conférence des Experts Hygienistes en Matière de Protection de la Première Enfance*, donde se presentaron los resultados de los estudios llevados a cabo en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.²³ Aráoz Alfaro trazó un cuadro de la situación argentina. Hay que recordar que Argentina era un país que estaba experimentando una caída de la tasa de fertilidad. Eso contribuía a alimentar entre las clases dirigentes temores a una inminente disminución demográfica. Más que en otros países, el tema de la decadencia y la degeneración, difundido en Europa y sobre todo en Francia, estaba presente en la opinión pública argentina. La investigación tenía el mérito de no limitarse a estudiar las áreas habitadas por inmigrantes de origen europeo, sino que consideraba también zonas habitadas por población indígena o mestiza como la provincia de Tucumán. La ciudad de Buenos Aires había visto una rápida reducción de la mortalidad infantil, que había pasado de

21 Madsen relató que durante su viaje hizo propaganda por la universalidad de la SN, expresó el deseo de que Brasil, que se había alejado en 1926, volviera a integrarse y que Argentina comenzara a participar activamente en los trabajos de Ginebra. Pese a cierta incomodidad del gobierno brasileño y a la nula publicidad que se dio a la visita de los dos representantes de la OHSN, la propuesta de colaboración técnica terminó siendo bien acogida. Cfr. LoN-Archives, Registry Files, 1919-1927, section 12B Health, “Mission by Dr. Madsen and Dr. Rajchman in Latin America”, 1927, box 997, document 61852.

22 LoN-Archives, Registry Files, 1919-1927, section 12B Health, box 998, document 62772.

23 Los resultados fueron publicados en BIIAPI, 4, 3 (enero de 1931). La conferencia tuvo lugar al concluir el VI Congreso Panamericano del Niño.

170 por cada mil nacimientos en 1890 a 74 en 1928. La provincia de Tucumán, en cambio, mostraba tasas de 230 a 260 por mil. Las diferencias, tanto entre los distritos urbanos y los rurales de ambas provincias, como entre las distintas provincias, se imputaban a diferencias económicas, sociales y climáticas (el clima cálido y las enfermedades a él debidas, como el paludismo, se consideraban responsables de las muertes de los recién nacidos). Buenos Aires era la capital sudamericana con la tasa de mortalidad más baja, pero el objetivo de Alfaro era llevarla a los niveles de grandes ciudades como Washington o de países enteros como Nueva Zelanda (Aráoz Alfaro 1928: 387).

Esto podía realizarse a través de una campaña sanitaria y en particular, a través de la “instrucción popular higiénica” sobre todo de las madres, cuya ignorancia (aún más que la falta de asistencia y de la pobreza) era, según Aráoz Alfaro, responsable de la enfermedad y de la muerte de los niños. Este juicio drástico, además de reflejar prejuicios de género y de clase, encomendaba a médicos y medidas sanitarias el papel principal en la solución de problemas que, como la mortalidad infantil, tenían sus raíces en la realidad social y económica.

En Chile la situación era aún más dramática; en dos de los departamentos estudiados la mortalidad se estimaba en 274 y 267 por mil. Una de las causas era la mala alimentación de la población. En Brasil los datos de ocho distritos mostraban una tasa de mortalidad de un mínimo de 96 a un máximo de 201. Por último, en Uruguay los datos de 11 distritos examinados oscilaban entre 50 y un máximo de 151.²⁴

El informe general de los doctores Robert Debré y Otto Olsen²⁵ llamaba la atención sobre algunas cuestiones. Un primer punto importante, que explicaba que el resultado comparativo del estudio se limitara a señalar para cada país cifras absolutas de muertos menores de un año y de los nacidos muertos, era que los datos estadísticos no eran muy de fiar. Faltaban datos recientes sobre el censo de la población, no había un registro regular de nacimientos y muertes de los pequeños (sepulturas clandestinas), las causas de muerte no se indicaban clara-

24 Si a comienzos de siglo Uruguay podía enorgullecerse de una de las tasas de mortalidad más bajas del mundo, en las décadas sucesivas y hasta 1940 no hubo mejoras ulteriores (Birn/Pollero/Cabella 2003).

25 Robert Debré era profesor de la Universidad de París, experto en problemas de protección de la infancia. Otto Olsen era un médico alemán, miembro de la OHSN.

mente –en cuanto a la Argentina, Aráoz Alfaro echaba por una vez la culpa no a la incultura del pueblo sino a la de sus colegas a quienes acusaba de escasa atención e incapacidad–.

Se señalaban las diferencias entre Europa y América Latina. En esta región, el número de los ilegítimos era más alto; en algunos distritos representaba la mitad de los casos estudiados. Sin embargo, esto no permitía establecer un nexo causal entre ilegitimidad y mortalidad. El fenómeno, de hecho, tenía características diferentes en el nuevo continente en comparación con el viejo: la ilegitimidad era fruto de la costumbre y contraer uniones matrimoniales sin registro religioso o civil no comportaba, por lo tanto, abandonar a los pequeños. No obstante, peor que en Europa era la desnutrición de la población, que se añadía a condiciones de vivienda e higiénicas precarias. Poco difundido, en cambio, era el *surménage* de las madres, su empleo en el trabajo industrial, que las volvía “inhábiles” para la maternidad.

Debré y Olsen no olvidaron referirse a las costumbres y tradiciones locales que ponían en peligro la vida de los recién nacidos: a las parteras y curanderos se les atribuía un papel nefasto. En cambio, los médicos apreciaban (y aconsejaban siempre) la costumbre corriente entre las clases populares: el amamantamiento.

¿Qué se recomendaba a los países comprendidos en el estudio? Centralizar todas las iniciativas existentes destinadas a tutelar la salud infantil, dentro de lo posible a través de un ministerio apropiado o de una dirección sanitaria con servicios especializados en el campo materno-infantil. En los distritos industriales se proponía suministrar a las madres trabajadoras subsidios y asistencia sanitaria. Hacía falta mejorar la educación popular, sobre todo por obra de asistentes sociales. Por último, se indicaban las estructuras sanitarias que había que crear o potenciar (hospitales, centros de higiene infantil, control de la calidad de la leche) y se insistía en la necesidad de mejorar las estadísticas demográficas.

En el Congreso de Lima se decidió que el siguiente estudio se llevaría a cabo en Perú, donde el problema se juzgaba muy grave.

Cabe observar que el CHSN se ocupó casi exclusivamente del problema de la mortalidad infantil y no de la mortalidad materna (embarazo, parto, puerperio), confirmando que la cuestión de la salud materno-infantil se planteaba en función del niño en cuanto “patrimo-

nio de la nación”.²⁶ Además, el tema de la mortalidad materna introducía dos cuestiones espinosas y por eso silenciadas: la del aborto y la de la infección puerperal, que remitía a la eficiencia y la higiene de los servicios médicos dado que estaba más difundida en la ciudad que en el campo, donde no se recurría al hospital para el parto. Además, si la mortalidad infantil mostraba una tendencia a la merma y esto podía deberse a la eficacia de las campañas sanitarias y de educación, no podía decirse lo mismo de la mortalidad materna, que durante los primeros treinta años del siglo XX se mantuvo alta.²⁷

Por lo que se refiere al seguro de maternidad, sólo tres países adoptaron un sistema simultáneo de seguro de maternidad y de enfermedad: Chile (1924), Perú (1936/37) y Venezuela (1940). Otros dos países, por el contrario, habían adoptado un seguro de maternidad obligatorio independiente: Cuba (1934) y Argentina (1936) (Aladár Métall 1941: 545-563).

Tras la conferencia de Lima el CHSN no continuó, como estaba previsto, su estudio en otros países. En 1939, cuando ya la actividad de las organizaciones ginebrinas estaba paralizada, el IUPI ofreció a Bolivia y Paraguay realizar con expertos propios un estudio sobre la mortalidad infantil y preparar un plan de protección para la madre y el niño, como continuación del estudio de la SN de 1928.²⁸ Estos países no sólo estaban entre los que tenían las más altas tasas de mortalidad, sino que acababan de salir de una guerra (la del Chaco) y la urgencia de estudios y medidas contra el fenómeno recordaba las preocupaciones demográficas de Europa tras la Primera Guerra Mundial.

El IUPI envió su misión a Paraguay en 1940, mientras una vez más Bolivia no consiguió concretar su proyecto. Aráoz Alfaro aprovechó la ocasión para subrayar la solidaridad americana en un momento en el que “los viejos pueblos dirimen, en la sangre y en el fuego, contiendas de vida y poderío” (Aráoz Alfaro 1940: 193-196).

El proceso de progresivo desentendimiento de Europa así como de las instituciones ginebrinas y el hecho de que el IUPI asumiera simultáneamente funciones que antes ejercían esas mismas instituciones

26 Un único artículo sobre el tema de la mortalidad materna aparece por ejemplo en BIIAPI (Roust 1940).

27 Loudon (1992: 5-28). La situación mejoró solamente con la introducción de las sulfamidas primero (en 1937) y la penicilina después (a partir de 1944).

28 “Reunión del Consejo”, en BIIAPI, 13, 1 (julio de 1939).

terminó por trastocar totalmente los roles cuando el Instituto comenzó a preparar planes para acoger en Sudamérica a niños europeos evacuados de los países en conflicto, experiencia que ya en parte se había realizado durante la Guerra Civil Española (Fournié 1941: 417-442).

3. El CHSN y el estudio sobre la alimentación popular en Chile

Los doctores Debré y Olsen habían sugerido a Chile que bajara la altísima tasa de mortalidad infantil apuntando a centralizar los servicios materno-infantiles y a establecer un plan para mejorar las condiciones nutricionales de la población. Como se ha dicho antes, la presencia del profesor Saiki en Chile con ocasión de la misión del CHSN en 1927 había impulsado el estudio de la cuestión nutricional en este país. En 1935 dos técnicos de la SN fueron invitados a realizar un estudio. Uno era el italiano Carlo Dragoni.²⁹ El subsecretario de la Liga, el diplomático italiano Giacomo Paulucci di Calboli, había insistido ante su gobierno para que Italia propusiera expertos propios y estuviera presente en todas las iniciativas sanitarias en Sudamérica, área en la que Roma tenía intereses culturales y económicos y que no quería ver exclusivamente en manos de franceses e ingleses.³⁰

Otro experto enviado a Chile fue el francés Etienne Burnet del Instituto Pasteur.³¹ Este último había llegado a ser de hecho un órgano de la SN (Moulin 1995: 245) y representaba un “desafío” europeo a la acción filantrópica de la americana Rockefeller Foundation (RF) en América Latina. En Chile, la competencia al panamericanismo sanitario tenía un significado particular habida cuenta de que el país había confiado a un experto de la RF, el doctor Long, la reforma de sus ser-

29 Carlo Dragoni había sido secretario general del Istituto Internazionale di Agricoltura, con sede en Roma, que colaboraba con la SN en cuestiones de nutrición. Con anterioridad había llevado adelante un estudio sobre la agricultura en China por cuenta de la SN.

30 Se hacía cargo de estas exigencias el Dr. Lutrario, experto italiano en el CHSN, quien escribía en mayo de 1928 a Rajchman sobre el interés italiano sobre todo en el estudio de la lepra y en la creación de un Instituto de Puericultura en Argentina. Cfr. LoN-Archives, Registry Files, box 6004.

31 Como funcionario de la OHSN, visitó desde 1926 varios países latinoamericanos en misiones que tenían que ver no sólo con la nutrición sino también con la malaria y la lepra.

vicios sanitarios a mediados de los años veinte.³² Al regresar de una misión efectuada por cuenta del CHSN en 1934 en Santiago para concordar el estudio sobre la nutrición,³³ el doctor Frank G. Boudreau³⁴ había referido a Rajchman, quien seguramente no se entusiasmó, que era necesario apoyarse en Long para favorecer los contactos entre los gobiernos locales y la organización ginebrina. Chile le había parecido a Boudreau un país pobre con “a strong attachment” a la SN.³⁵

Dragoni y Burnet llegaron en 1935 y, gracias al trabajo del doctor Luis Calvo Mackenna (ponente sobre la mortalidad infantil en Lima y representante chileno en el CHSN), a los estudios ya existentes y al interés atribuido al problema por el gobierno de Alessandri, su trabajo se llevó a cabo rápidamente. Colaboraron con ellos los médicos de provincia, fruto de las reformas introducidas por Long y formados en la Universidad Johns Hopkins. Las visitadoras diplomadas en la Escuela de Servicio Social y dirigidas por la señora Leo de Bray, junto con las enfermeras de la Dirección General de Sanidad, bajo la dirección de la doctora Luisa Pfau, fueron a visitar a las familias y rellenaron los cuestionarios en las provincias de Iquique, Antofagasta, La Serena, Valparaíso, Concepción, Valdivia, Puerto Montt y Magallanes.³⁶

El estudio resultó particularmente interesante en la medida en que no se limitó a las informaciones sobre la alimentación, sino que abarcó

32 En 1932 Long redactó un proyecto de ley sanitaria para Uruguay, que creaba un Consejo de Salud Pública. Cfr. BIIAPI, 6, 2 (octubre 1932: 168-169).

33 La misión comprendía también la participación en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana y en la II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura en Buenos Aires. Cfr. LoN-Archives, Registry Files, 1933-1942, section A, box R 6114.

34 Médico norteamericano, asistente de Rajchman.

35 Sin embargo, Boudreau no consideraba factible la propuesta chilena de crear en Sudamérica una sección de la OHSN, concebida como escuela de higiene, entre otras cosas para no provocar fricciones con el Pan American Sanitary Bureau. Cfr. LoN-Archives, Registry Files 1928-1939, section 8A, box R 5924, (“Proposal for the establishment in South America of a Branch of Health Organization of the League”).

36 Cfr. LoN-Archives, Registry Files, 1933-1946, section 8A, box R 6084. Chile había sido el primer país que creó una escuela de servicio social según el modelo de la de Bruselas en 1925.

los gastos de vivienda, luz y combustible, brindando un cuadro completo de las condiciones de vida de las clases populares chilenas.³⁷

Por lo que se refiere a la alimentación de los niños hasta los dos años: el 40% tomaba el pecho, pero frecuentemente la alimentación a leche –escasa en madres subalimentadas– se completaba con sopas y puré. Las “Gotas de Leche” suplían sólo en parte las carencias alimenticias de los pequeños.

El gobierno chileno creó en 1937 un Consejo de la Alimentación en el ámbito del Ministerio de Salud y de Previsión Social, y el ministro Eduardo Cruz Coke volvió a pedir ayuda a los técnicos de la SN.³⁸ También a mediados de los años treinta entró en funciones en la Argentina un Instituto Nacional de Nutrición. En Ginebra un comité mixto (CHSN y BIT) elaboró en 1937 un informe sobre la alimentación, que definía estándares dietéticos referidos particularmente a mujeres embarazadas y a lactantes (Weindling 1995: 143-145). En 1939 tuvo lugar en Buenos Aires la III Conferencia Internacional de Alimentación, auspiciada por la SN, en la que se presentaron estudios sobre varios países. Todas estas iniciativas se colocaban en el cuadro de un interés más vasto de la OHSN por los problemas de la medicina social, que se fue desarrollando a partir de fines de los años veinte.

4. El IPI y el estudio sobre el niño indígena americano

El IPI había nacido para estudiar los problemas de los niños americanos, diferentes en muchos aspectos de los de los niños europeos. En América, por ejemplo, la mortalidad infantil, la ilegitimidad, el analfabetismo, el abandono y la delincuencia presentaban tasas más altas. Un punto de vista americano se hacía necesario, según el doctor, Emilio Fournié,³⁹ porque “razones de carácter étnico, social, educacional, situación geográfica, etc., dan a nuestros problemas una modalidad

37 En los años siguientes el CHSN se ocuparía del tema de la higiene rural y de las viviendas, no sólo en Chile sino también en México. Cfr. intervención de Olsen en la X Conferencia Sanitaria Panamericana.

38 LoN-Archives, Registry Files 1933-1939, box R6084: 11 de junio de 1937, carta de Cruz Coke a Rajchman.

39 Director de la biblioteca del IPI y organizador de la investigación sobre el niño indígena americano.

especial, que requiere estudio distinto al del ambiente europeo”.⁴⁰ Con la única excepción de los Estados Unidos, los países americanos esperaban todavía “la eclosión de una raza propia, que estamos recién plasmando con elementos étnicos muy distintos”. Por eso, el problema del niño debía “americanizarse”. De esta conciencia nacía el esfuerzo por realizar estudios “sobre cuestiones de interés general americano”.

Entre 1930 y 1942 el IUPI analizó una serie de problemas, tanto de naturaleza jurídica como sanitaria. Los resultados fueron publicados en la revista del Instituto, el *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia* (BIIAPI). Se trataba de aspectos de la tutela de la infancia examinados también en Ginebra: la educación física, la higiene escolar, el raquitismo, las instituciones para menores delincuentes. Por lo que se refiere al tema de la salud de los niños en edad escolar, América Latina se veía atrasada con respecto a Europa. A fines de los años veinte, Argentina, que se enorgullecía de una tradición más larga en el campo de la instrucción pública, era el único país que disponía de un servicio médico escolar, mientras el interés de los gobiernos por el deporte juvenil se manifestaba sólo en el México revolucionario y en los regímenes autoritarios de Ibáñez en Chile, Leguía en Perú y Busch en Bolivia.⁴¹ Sin embargo, la situación americana era mucho mejor al menos en un aspecto de la salud infantil: el clima, la vida al aire libre, la alimentación más natural (en el campo), hacían que el fenómeno del raquitismo estuviera poco difundido.⁴²

Pero no sólo había que evaluar y juzgar diferencias con Europa, existían también fenómenos peculiares de América que se debían encarar sin el respaldo de la ciencia y de la experiencia europeas. América tenía un “problema indígena”. En 1933 el IUPI lanzó un estudio sobre el niño indígena americano. Pero la idea nacía una vez más de una sugerencia europea y precisamente de la iniciativa de una asociación, la Union Internationale des Secours aux Enfants (UISE o Save the Children), a cuya dirección había sido llamado en 1930 precisamente el doctor Morquio.

40 Véase el informe de Emilio Fournié en la VII Conferencia Internacional Americana en BIIAPI, 7, 3 (enero 1934: 232).

41 Para el estudio de la educación física véase BIIAPI, 4, 1 (julio de 1930) y para el estudio del cuerpo médico escolar BIIAPI, 3, 1 (julio 1929).

42 “Encuesta sobre raquitismo”, en BIIAPI, 9, 3 (enero de 1936: 243-281).

Un departamento de la UISE, la Oficina Eglantyne Jebb de Ginebra, se ocupaba de niños de “razas no europeas” y había organizado en 1931 un congreso sobre los niños africanos (*Conférence Internationale pour l'Enfance Africaine*, 22 a 25 de junio de 1931).⁴³

La UISE pidió al doctor Morquio que realizara un estudio sobre la situación de los niños indígenas americanos a través del IAPI. Aun siendo consciente de las dificultades, Morquio aceptó porque consideraba que el momento era particularmente propicio. Muchos gobiernos americanos y numerosos estudiosos se preocupaban efectivamente por la “redención” del indio, que Morquio juzgaba “infeliz, indolente y frío como la desolación de sus páramos, que lleva en su tristeza la huella profunda de su explotación secular”.⁴⁴

Antes de que se publicara la investigación habían aparecido pocos estudios sobre los niños indígenas en el *Boletín* del IAPI. En 1930 un artículo de un médico peruano subrayaba como positivas las diferencias de los pequeños peruanos con los niños de otros países (Galván 1930: 242-269). Tanto los indígenas como los mestizos y los negros tenían a su juicio una armonía física perfecta: tarea del Estado era favorecer el “desarrollo racial del país”. Pero este orgullo no parece haber sido compartido por los dirigentes del IAPI que prepararon el estudio en 1933.

Al introducir los resultados de la “Encuesta sobre el niño indígena americano”,⁴⁵ Emilio Fournié manifiesta de hecho una cierta incomodidad. Invita a no generalizar las respuestas a los cuestionarios y a no caer en el grave error de creer

1, que en todos los países americanos hay indios; 2, que todos los indios tengan iguales costumbres, el mismo medio de vida, el mismo grado de civilización; 3, que de lo informado más adelante pueda llegarse a la conclusión de que el estado general de América es de abandono, atraso o barbarie.⁴⁶

43 “Conférence Internationale pour l'Enfance Africaine”, en BIIAPI, 4, 4 (abril de 1931: 811-813); “Encuesta sobre el niño indígena americano”, en BIIAPI, 8, 2 (octubre de 1934).

44 “Union Internationale de Secours aux Enfants”, BIIAPI, 7, 2 (octubre de 1933: 212). Aquí Morquio hace suyas las palabras de un médico de Ecuador, el doctor A. J. Bastidas.

45 BIIAPI, 8, 2 (octubre de 1934: 113-156).

46 BIIAPI, 8, 2 (octubre de 1934: 114-115). La síntesis de los resultados del estudio hecho por Emilio Fournié y las informaciones provenientes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Hon-

Fournié lamenta la ignorancia de la realidad indígena en Europa y en la misma América y teme el estereotipo de los indios como “salvajes vestidos con plumas”. Fournié es pesimista:

en general, el indio es apático, perezoso, sombrío, inconstante, o bien degenerado por el abuso de coca y el alcohol [...], aun cuando se reconoce que tienen condiciones superiores para triunfar, como veremos más adelante al considerar, en particular, sus aptitudes para el estudio y el trabajo.

El cuestionario del IPI, enviado a varios expertos en América del Norte y del Sur, refleja una ambivalencia con respecto a los indios. Pide que se distingan a los indios civilizados de los que no lo son, y esto suscita perplejidad y abiertas contestaciones por parte de algunos entrevistados. La única indígena llamada a responder a las preguntas del IPI, la princesa Atalioa, hija de un jefe indio chippewa, docente en un colegio para indios de los Estados Unidos, lo dice claramente: “I do not like the words ‘civilized’ and ‘uncivilized’ [...] It is taking too much for granted to suppose that the white man’s ways or so-called standards are the scales on which all values should be weighed”. Y sigue: “The Indian was civilized, had hundreds of years of art, religion and culture behind him, when the white man arrived”.⁴⁷ En cambio, el comisionado de la Office of Indian Affairs, John Collier, nota sobriamente: “We do not, of course, attempt to make any distinction between Indians in this country who are ‘civilized’ and ‘uncivilized’”, y ante el pedido de poner en lista los métodos para atraer a los indios a la “vida civilizada”, se preocupa de aclarar que “we are particularly anxious that certain groups, still possessed of their own culture, shall not lose it in their contact with white life”. De la cultura india aprecia sobre todo la “corporate life” y considera a México un ejemplo porque ha sabido conservarla y valorizarla.⁴⁸

También los expertos latinoamericanos están perplejos ante la distinción entre civilizados e incivilizados: mexicanos y colombianos proponen interpretarla como distinción entre quien habla español y

duras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Puerto Rico y República Dominicana están publicadas en BIIAPI 8, 2 (octubre de 1934). Fournié recuerda que tuvo la oportunidad de leer en un documento estadounidense que las escuelas rurales en Uruguay son para los indios, pero según Fournié en el país ya no había indios “desde hace un siglo”.

47 BIIAPI 8, 2 (octubre de 1934: 202).

48 BIIAPI 8, 2 (octubre de 1934: 203).

quien no, otros pasan por alto la cuestión o se explayan sobre la cultura precolombina y su riqueza, rechazando implícitamente la contraposición entre civilización y barbarie.⁴⁹ A la pregunta 13 del cuestionario acerca de la aptitud de los niños indígenas para aprender, casi todos replican positivamente subrayando que no se puede dar fe a estereotipos racistas. Para Perú se afirma claramente: “no somos partidarios de la teoría que sostiene la existencia de razas inferiores, sobre las cuales poco influye la cultura”.⁵⁰

Civilizado o no, ¿quién es el indio y cómo se registra en los censos su participación en la población total? El estudio revela una desoladora ausencia de información estadística. Sintomático es el caso de Ecuador: Emilio Uzcategui (ex Director General de Educación) confiesa que “desgraciadamente, los datos científicamente recogidos en el Ecuador acerca del indio, que constituye el mayor número de los habitantes del país, son demasiado escasos”.⁵¹ Aún más problemático es recoger datos sobre la población infantil y sobre sus tasas de mortalidad. No sólo no existe el registro civil en muchos lugares, sino que frecuentemente los recién nacidos son sepultados secretamente. No existen médicos que certifiquen las causas de muerte. Para Perú, el doctor A. Merino Reyna, director del Servicio Médico Escolar, afirma que aproximadamente en el 30% de las localidades de la República faltan registros bien elaborados. El juez de menores Fernando Quevedo pone de manifiesto que los datos sobre nacimiento y muerte se refieren sólo a las ciudades con más de 2.000 habitantes y por eso excluyen a los indios.⁵²

Ante la falta de registros precisos, ciertos expertos de los países que tradicionalmente se reputan “blancos”, como Argentina, pueden tranquilamente afirmar que el problema indígena no les concierne. Pero los dos conocidos estudiosos Gregorio Aráoz Alfaro y Carlos de Arenaza son desmentidos por una desconocida señorita Rosa B. Crux

49 El experto de Bolivia (Corsino Rodríguez) consideraba bárbaros sólo a los de la selva (BIIAPI 8, 2 (octubre de 1934: 169)). El profesor Gustavo Rubio Orbe de Quito hablaba refiriéndose a los indígenas de la sierra de un “hibridismo de civilización y cultura”, y añadía: “Se podrían llamar incivilizadas las [parcialidades] orientales, de la que ya noté el desconocimiento casi absoluto” (ibídem: 193).

50 BIIAPI 8, 2 (octubre de 1934: 248).

51 BIIAPI 8, 2 (octubre de 1934: 191).

52 BIIAPI 8, 2 (octubre de 1934: 266).

Arenas de la provincia de Jujuy que se ocupa de los indios del norte (colaborando con el doctor Mazza), quien explica una de las razones de que los niños indios desaparezcan del escenario argentino cuando escribe que ellos viven al margen de la ley. Al niño indio

no se le exige que asista a la escuela, no se le inscribe en el Registro Civil, cuando nace, ni cuando muere se tiene en cuenta su defunción, carece de nombre y apellido castellano; ni se enrolan los hombres, tampoco votan.⁵³

Pero la tendencia a subestimar la presencia de un componente autóctono es extendida, e incluso de Paraguay se afirma que “hay pocos indígenas y esos pocos viven en las profundidades de las selvas del Paraná y en el Chaco”.⁵⁴

La heterogeneidad y multiplicidad de los sujetos llamados a responder al cuestionario del IAPI atestigua la ausencia de organismos estatales centrales destinados a ocuparse y a coordinar todo lo relativo tanto a la infancia como a los indios. Sólo los Estados Unidos y Brasil tienen un organismo *ad hoc* para los indios. Estudiosos, maestros, funcionarios escolares, misioneros aportan informaciones desordenadas, aproximativas, parciales, imposibles de organizar sistemáticamente e inutilizables para comparaciones entre los países.

El único campo en el que, al menos en algunos países, existe un órgano central que, si no tiene un plan, por lo menos coordina iniciativas, es el de la escuela. México es el único que brinda la imagen de un país activo en el campo de la educación de los indios: en el momento del estudio acaba de emprender reformas, ha abolido la Casa del Estudiante Indígena (existente en la capital desde 1925) y creado once centros de educación indígena repartidos en varios estados. Estos centros, las escuelas y misiones rurales debían ofrecer no sólo a niños y jóvenes sino a toda la comunidad, como centros de “educación colectiva”, una educación esencialmente práctica, destinada al trabajo de la tierra.⁵⁵

También las respuestas de los expertos peruanos evidencian la centralidad de la cuestión económica que se superpone a la educativa:

53 BIIAPI 8, 2 (octubre de 1934: 162).

54 BIIAPI 8, 2 (octubre de 1934: 239).

55 También la “castellanización” se consideraba un objetivo central para convertir a México en un país unificado lingüísticamente. En América del Sur no existía nada similar, salvo la escuela de Warisata en Bolivia.

se habla de la necesidad de quebrar el gamonalismo y asignar tierras a colonos indígenas, aprovechando quizás el “régimen agrícola incaico”, fortalecido por el “cooperativismo moderno”. Pero el problema del niño indígena también en este caso es englobado en el problema general del indio. El trabajo infantil, por ejemplo, se evoca solamente en una pregunta sobre la “aptitud para trabajar”, pregunta que desconcierta a algunos entrevistados (“su trabajo debe ser escolar” precisa Corsino Rodríguez, vocal del Consejo Nacional de Educación de Bolivia). Y, sin embargo, éste podía ser un punto en el que se debía profundizar, revelador de la condición peculiar de la infancia indígena. En efecto, todos los informadores están de acuerdo en afirmar que allí donde existen leyes sobre la protección del trabajo infantil, éstas no se aplican a los indígenas y ningún código de menores (salvo el que se proyecta en 1933 en Perú) se preocupa por incluir normas que tutelen a los miembros más pequeños de la familia indígena (Bambarén 1936: 175-181).

La falta de datos estadísticos y la pluralidad y contradicción entre las informaciones no permiten sacar del estudio un balance sobre las condiciones sanitarias de la infancia indígena. El amamantamiento materno prolongado, que reduce la mortalidad infantil, emerge junto a la ausencia de sífilis como único factor positivo dentro de un cuadro sustancialmente negativo: desnutrición, higiene y asistencia médica escasas. A veces los informadores atribuyen a los mismos indios las causas de su triste condición: hablan de ellos refiriéndose a su especial recelo ante los médicos y a un deletéreo apego a prácticas tradicionales y a vicios como la coca y el alcohol. A veces, en cambio, aun sin que se les pida, incluyen en sus respuestas referencias a ritos y creencias indígenas sobre la muerte (G. Rubio Orbe de Quito) y sobre el nacimiento (F. Ferrer Beymnón de México refiere de ceremonias aztecas). Convocados por primera vez a estudiar un tema “americano”, muchos de los entrevistados se muestran incómodos y sus juicios oscilan entre orgullo y prejuicio hacia una diversidad étnica que los aleja fatalmente del espejo de la realidad europea.

5. Conclusiones

El CPE, a pesar del empeño de Paulina Luisi, no tiene en cuenta –salvo al margen– los problemas de los niños de América Latina, pero al

mismo tiempo reúne una vasta documentación sobre la legislación protectora en varios países del área. Esa documentación permite afirmar que, con los Códigos del Niño, América Latina se colocó a la vanguardia respecto de los países europeos, si no a nivel sustancial, por lo menos a nivel normativo.

Durante los años treinta se asistió a un proceso de centralización de las iniciativas de protección de la infancia, con la creación de ministerios o departamentos *ad hoc*. Algunos países introdujeron medidas de seguridad social y el interés por el deporte y la nutrición fue alentado por el nacionalismo. El concepto de servicio social se difundió y nacieron nuevas competencias profesionales, como visitadoras sociales y enfermeras especializadas.

Las reformas legislativas se revelaron como las más fáciles de realizar, dado que no requerían grandes gastos. Mucho más difícil fue crear una red eficaz de asistencia social y servicio sanitario para la infancia que fuera más allá de una simple reorganización burocrática de oficinas, departamentos y ministerios. De todas formas se llegó a definir una agenda que en la posguerra serviría de punto de referencia para todas las políticas de bienestar infantil.

El CHSN, a diferencia del CPE, afrontó con investigaciones específicas los problemas de la infancia sudamericana. Sin embargo, la credibilidad de estudios como el que se llevó a cabo sobre la mortalidad infantil se vio sumamente afectada por la diferente disponibilidad y calidad de las estadísticas latinoamericanas, comparadas con las europeas, y por la limitación numérica y la escasa profesionalidad del cuerpo médico local. Mejores resultados se obtuvieron en el caso de la alimentación en Chile, donde los expertos enviados por la SN encontraron la asistencia de un equipo bien organizado de médicos y visitadoras sociales. Esta estructura de apoyo era el fruto de la reestructuración de la sanidad pública realizada en los años inmediatamente anteriores a la investigación gracias a una misión norteamericana. La SN estaba demasiado lejos y contaba con medios demasiado escasos como para incidir efectivamente tanto a nivel de la investigación científica como de la organización de la salud pública en la realidad de los países latinoamericanos.

Por otra parte, el IUPI, organización regional con relaciones de colaboración tanto con Ginebra como con Washington, reunió en calidad de centro de estudios una amplia documentación y llevó adelante mu-

chas investigaciones de campo. Se ocupó sobre todo de temas que habían sido planteados a nivel internacional, tratando de verificar a nivel local cuánto incidían la mortalidad infantil, el raquitismo y la desnutrición, la asistencia materno-infantil, la medicina escolar, etc. En un único caso trató de seguir una pista original de indagación, fomentando una investigación sobre la infancia indígena. Sin embargo, los resultados fueron bastante desalentadores. Más allá de las dificultades para recoger datos coherentes a partir de fuentes heterogéneas y poco creíbles, el IUPI reveló que sus expertos debían hacer frente a un obstáculo más grave: reivindicaban la especificidad americana de sus estudios pero por cultura e identidad se sentían en el fondo europeos y les costaba liberarse de prejuicios raciales cuando era cuestión de adentrarse en la realidad de sus países. La investigación sobre los niños indígenas revelaba que la modernidad de América Latina era ilusoria: pese a las instituciones modelo creadas para lactantes o niños abandonados y a los niveles alcanzados en cuanto al control de la mortalidad infantil en ciudades como Montevideo y Buenos Aires, el atraso dominaba en el continente.

Montevideo, en el fondo no era una “Ginebra americana”. Los médicos y los estudiosos de la infancia latinoamericana seguramente eran miembros de una misma comunidad científica en igualdad de condiciones respecto a sus colegas europeos, pero la realidad con la que debían medirse era dramáticamente diferente y los relegaba irremediablemente a la periferia.

Tras la guerra, las Naciones Unidas retomaron el trabajo desarrollado por la SN y el IUPI con la creación de UNICEF en 1946, que nació gracias al trabajo de Rajchman, ex director del CHSN, por un lado, y de Katharine F. Lenroot, vicepresidenta de IUPI, por otro. Ambos crearon la nueva agencia internacional para los niños basándose en la experiencia que habían acumulado sus respectivas organizaciones en los años anteriores (Black 1986: 30-35).⁵⁶

⁵⁶ Rajchman no obtuvo la dirección del WHO por su inclinación política hacia la izquierda, cosa que los Estados Unidos no apreciaban, y por lo tanto se conformó con la gestión del bienestar infantil. En 1948 el IUPI redactó un Código Sanitario del Niño.

Bibliografía

- Abel, Christopher (1995): "External Philanthropy and Domestic Change in Colombian Health Care: the Role of the Rockefeller Foundation, ca.1920-1950". En: *Hispanic American Historical Review*, 75, 3, pp. 339-376.
- Aladár Métall, Rudolf (1941): "L'Assurance-maternité en Amérique Latine". En: *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (BII-API)*, 14, 4, pp. 545-563.
- Aráoz Alfaro, Gregorio (1928): "La mortalidad infantil y la protección de la primera infancia en la República Argentina". En: *BII-API*, 1, 4, pp. 383-420.
- (1940): "La colaboración con el Paraguay". En: *BII-API*, 14, 2, pp.193-196.
- Bambarén, Carlos A. (1936): "Bases fundamentales del Código del Niño". En: *BII-API*, 10, 2, pp. 175-181.
- Birn, Anne-Emanuelle (2002): "'No More Surprising Than a Broken Pitcher'? Maternal and Child Health in the Early Years of the Pan American Sanitary Bureau". En: *Canadian Bulletin of Medical History*, 19, 1, pp.17-46.
- Birn, Anne-Emanuelle/Pollero, Raquel/Cabella, Wanda (2003): "No se debe llorar sobre leche derramada: El pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940". En: *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y del Caribe*, 14, 1, pp. 35-66.
- Black, Maggie (1986): *The Children and the Nations. The Story of Unicef*. New York: Unicef.
- Coni, Emilio R. (1921): *Estado actual de la protección maternal y puericultura en América*. Buenos Aires: Imprenta Rodríguez Giles.
- David, Paul (2000): *L'esprit de Genève: Histoire de la Société des Nations. Vingt ans d'efforts pour la paix*. Genève: Editions Sklatine.
- Fournié, Emilio (1941): "América socorre a los niños europeos". En: *BII-API*, 14, 3, pp. 417-442.
- Galván, Luis E. (1930): "Estudio científico del niño peruano". En: *BII-API*, 4, 2, pp. 242-269.
- Guy, Donna J. (1998): "The Pan American Child Congresses, 1916-1942: Pan Americanism. Child Reform and the Welfare State". En: *Journal of Family History*, 23, 3, pp. 272-291.
- (s.a.): "The Pan American Child Congresses, 1916-1963. Katherine Lenroot, Transnational Feminism and Panamericanism", ponencia no publicada [agradezco a la autora haberme permitido utilizarla].
- Kish Sklar, Kathryn (1993): "The Historical Foundations of Women's Power in the Creation of American Welfare State, 1830-1930". En: Koven, Seth/Michel, Sonya (eds.): *Mothers of a New World. Maternalist Politics and the Origins of Welfare States*. New York/London: Routledge, pp. 43-93.
- Klaus, Alisa (1993): *Every Child a Lion. The Origins of Maternal and Infant Health Policy in the United States and France, 1890-1920*. Ithaca/London: Cornell University Press.

- Lavrin, Asunción (1995): *Women, Feminism and Social Change in Argentina, Chile and Uruguay 1890-1940*. Lincoln/London: University of Nebraska Press.
- Lenroot, Katharine F. (1939): "Resources for Interamerican Child Welfare Work". En: *BIIAPI*, 13, 2, pp. 229-243.
- Loudon, Irvine (1992): "Some International Features of Maternal Mortality 1880-1950". En: Fildes, Valerie/Marks, Lara/Marland, Hilary (eds.): *Women and Children First. International Maternal and Infant Welfare 1870-1945*. London/New York: Routledge, pp. 5-28.
- Luisi, Paulina (1948): *Otra voz clamando en el desierto (Proxenetismo y reglamentación)*, vol. 1. Montevideo: sin editorial.
- Miller, Carol Ann (1992): *Lobbying the League: Women's International Organizations and the League of Nations*. Thesis (D.Phil.). Oxford:
- (1995): "The Social Section and Advisory Committee on Social Questions of the League of Nations". En: Weindling, Paul (ed.): *International Health Organizations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 154-177.
- Moulin, Anne Marie (1995): "The Pasteur Institut between the two World Wars. The Transformation of the International Sanitary Order". En: Weindling, Paul (ed.): *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 244-265.
- Oficina Sanitaria Panamericana (1939): *Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana*. Santa Fe de Bogotá (Publicación 136).
- Roust, Carlos (1940): "Mortalidad materna en la República Argentina". En: *BIIAPI*, 13, 3, pp. 544-561.
- Scarzanella, Eugenia (2000): "Feminismo y diplomacia. Paulina Luisi, María Cristina Giustiniani Bandini y la Comisión de la Sociedad de las Naciones contra la Trata de Mujeres y Niños". En: *La Aljaba. Revista de Estudios de la Mujer*, 5, 1, pp. 11-32.
- Weindling, Paul (1995): "Social medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office compared". En: Weindling, Paul (ed.): *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 134-153.